

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

(à remettre sous pli cacheté si nécessaire)

Date de validité : 1 septembre 2026 au 31 août 2027

NOM	
PRENOM	
SEXE	Fille ☐ Garçon ☐
DATE DE NAISSANCE	__ / __ / ____ Age : __ ans
Numéro de sécurité sociale rattaché à l'enfant (obligatoire)	
Classe pour l'année 2026 2027	

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur à l'accueil de loisirs sans hébergement (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles). Ce document sera détruit par nos soins à la fin de la période de validité.

1. VACCINATIONS (COPIES DES VACCINATIONS obligatoires, spécifier nom et prénom de l'enfant concerné)

VACCINS OBLIGATOIRES		VACCINS RECOMMANDES	
Diphtérie	Rubéole – Oreillons – Rougeole *	Coqueluche	Rubéole – Oreillons – Rougeole
Tétanos	Hépatite B *	Haemophilus	Pneumocoque
Poliomyélite	Pneumocoque *	Hépatite B	Autres (préciser) :
Coqueluche *	Méningocoque *	BCG	
Haemophilus	* Pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018		

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil de loisirs ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.

ALLERGIES

Alimentaires : Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquelles.....

Médicamenteuses : Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquelles.....

Autres (animaux, plantes, pollen) : Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquelles.....

Si oui, joindre un **certificat médical** ou **Projet d'Accueil Individualisé** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier** (opération, hospitalisation...) qui nécessite la transmission d'informations médicales, des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui ☐ Non ☐

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie diurne et/ou nocturne, etc...

.....

.....

.....

.....

4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – Les responsables légaux seront informés prioritairement.

A contacter en cas d'urgence par ordre croissant après les parents	Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
1				
2				
3				

5. RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable n°1 : NOM : Prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél travail :

Responsable n°2 : NOM : Prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél travail :

Nom du Médecin traitant : tél :

Adresse :

Je soussigné(e),, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :